

B E S C H L U S S

**des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in
seiner 518. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)**

**zur Festlegung der technischen Einzelheiten der Bestimmung
des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs des
morbiditybedingten Behandlungsbedarfs für das Jahr 2018,
sowie zu den Verfahren zur Vermeidung von Doppelzahlung
und zur Verrechnung des nicht vorhersehbaren
Behandlungsbedarfs mit einer Unterschreitung des
vereinbarten Anstiegs des Behandlungsbedarfs durch den
tatsächlichen Anstieg des Leistungsbedarfs gemäß Beschluss
des Bewertungsausschusses in seiner 400. Sitzung vom
31. August 2017 nach § 87a Abs. 5 Satz 1 SGB V**

mit Wirkung zum 14. September 2020

Präambel

In seiner 400. Sitzung am 31. August 2017 hat der Bewertungsausschuss beschlossen, die Festlegungen der technischen Einzelheiten zur Bestimmung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditybedingten Behandlungsbedarfs aufgrund eines überproportionalen Anstiegs von Akuterkrankungen, sowie zu den Verfahren zur Vermeidung von Doppelzahlung und zur Verrechnung des nicht vorhersehbaren Behandlungsbedarfs mit einer Unterschreitung des vereinbarten Anstiegs des Behandlungsbedarfs durch den tatsächlichen Anstieg des Leistungsbedarfs in einem Beschluss zu regeln, wobei die Frist für die Beschlussfassung auf den 31. Juli 2020 gesetzt wurde.

Der Beschluss untergliedert sich in folgende Teile:

- Teil A: Festlegung der technischen Einzelheiten zur Bestimmung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs aufgrund eines überproportionalen Anstiegs von Akuterkrankungen für das Jahr 2018 vor Anwendung der Verfahren nach Teil B und C
- Teil B: Verfahren zur Vermeidung von Doppelzahlungen bei der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung für das Jahr 2018 und die Folgejahre
- Teil C: Verfahren zur Verrechnung des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs im Jahr 2018 mit einer Unterschreitung des vereinbarten Anstiegs des Behandlungsbedarfs von 2017 auf 2018 durch den tatsächlichen Anstieg des Leistungsbedarfs von 2017 auf 2018
- Teil D: Vorlage der Berechnungsergebnisse des Instituts des Bewertungsausschusses
- Teil E: Berechnungsformel zur Bestimmung eines einmaligen nicht basiswirksamen Aufschlags auf den Behandlungsbedarfs des vierten Quartals des Jahres 2019

Anlagen:

- Anlage 1 Technische Anlage zu den Festlegungen zur Bestimmung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs für das Jahr 2018
- Anlage 2 Technische Anlage zu den Festlegungen zu dem Verfahren zur Vermeidung von Doppelzahlungen bei der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung für das Jahr 2018 und die Folgejahre
- Anlage 3 Technische Anlage zu den Berechnungsschritten des Verfahrens zur Verrechnung des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs im Jahr 2018 mit einer Unterschreitung des vereinbarten Anstiegs des Behandlungsbedarfs von 2017 auf 2018 durch den tatsächlichen Anstieg des Leistungsbedarfs von 2017 auf 2018
- Anlage 4 Festlegungen zu den Datengrundlagen des Verfahrens zur Verrechnung des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs im Jahr 2018 mit einer Unterschreitung des vereinbarten Anstiegs des Behandlungsbedarfs von 2017 auf 2018 durch den tatsächlichen Anstieg des Leistungsbedarfs von 2017 auf 2018

Teil A

Festlegung der technischen Einzelheiten zur Bestimmung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs aufgrund eines überproportionalen Anstiegs von Akuterkrankungen für das Jahr 2018 vor Anwendung der Verfahren nach Teil B und C

1. Grundsätze des Verfahrens

Gemäß dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 400. Sitzung kann eine Empfehlung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs aufgrund eines überproportionalen Anstiegs von den in Nr. 1 der Anlage 1 aufgelisteten Akuterkrankungen erfolgen. Die Ausgestaltung des zeitgleichen Klassifikationsmodells setzt auf der letzten freigegebenen Version des zeitgleichen Klassifikationssystems auf, der Version z14a, welche der Arbeitsausschuss des Bewertungsausschusses in seiner 454. Sitzung am 3. Juni 2020 freigegeben hat.

Das zeitgleiche, unkomprimierte Klassifikationsmodell wird durch das Institut des Bewertungsausschusses auf Basis der für die Berechnung der Veränderungsdaten für das Jahr 2021 verwendeten Daten für das Jahr 2017 mit periodengleicher Abgrenzung von Diagnosebezug und Leistungsbedarf (jeweils 2017) in der Leistungsbedarfsabgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, wie sie für die Berechnung der Veränderungsdaten für das Jahr 2021 gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 503. Sitzung verwendet wurde, gemäß dem in Nr. 2 der Anlage 1 definierten Kalibrierungsalgorithmus kalibriert. Auf der Grundlage des zeitgleichen Klassifikationsmodells wird das Vorliegen des nicht vorhersehbaren Anstiegs unter Berücksichtigung des Schwellenwertes, gemäß Nr. 2.3 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 400. Sitzung, ermittelt und gegebenenfalls der Umfang berechnet.

In diesem Beschlussteil werden die Festlegungen der technischen Einzelheiten zur Bestimmung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs aufgrund eines überproportionalen Anstiegs von Akuterkrankungen vor Anwendung der Verfahren nach Teil B und C beschrieben.

2. Datengrundlage und deren Abgrenzungen

2.1 Datengrundlage

Datengrundlage für die Berechnung des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs ist die Geburtstagsstichprobe, die gemäß

den Beschlüssen des Bewertungsausschusses in seiner 348. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) und in seiner 437. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) unter Berücksichtigung von Austausch- und Korrekturlieferungen entsprechend dem Stand der Qualitätssicherung zum 24. März 2020 erhoben wurde.

Zur Feststellung der Teilnahme an Selektivverträgen einschließlich der Feststellung der jeweiligen Vertragsart wurden dabei auch die gemäß der Beschlüsse des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 51. Sitzung am 29. März 2017, in seiner 56. Sitzung am 21. August 2018 und in seiner 61. Sitzung am 29. März 2019 erhobenen selektivvertraglichen Teilnahmedaten unter Berücksichtigung von Korrekturlieferungen entsprechend dem Stand der Qualitätssicherung zum 24. März 2020 einbezogen. Ausgehend von den nach den Vorgaben der Trägerorganisationen und des Instituts des Bewertungsausschusses in der Datenstelle des Bewertungsausschusses zusammengeführten Versichertenstamm- und vertragsärztlichen Abrechnungsdaten werden nur die im Rahmen der Qualitätssicherung zum Stand 24. März 2020 nicht mit Ausschlusskennzeichnung markierten Versicherten bzw. Abrechnungsdaten der Geburtstagsstichprobe für die Jahre 2017 bis 2018 herangezogen, einschließlich der im Rahmen der Qualitätssicherung einbezogenen Kennzeichnung zur Selektivvertragsteilnahme. In diesem Beschluss wird vereinfachend der Begriff Versicherter auch für Personen, die in Feld 14 der Satzart 201 einen Wert von 1 aufweisen, verwendet.

Außerdem werden sämtliche Abrechnungsfälle samt ihren Leistungs- und Diagnoseangaben, die nach sachlich rechnerischer Richtigstellung mit einem Leistungsbedarf von null von den Kassenärztlichen Vereinigungen über die Kassenärztliche Bundesvereinigung an die Datenstelle des Bewertungsausschusses übermittelt wurden, von den Berechnungen ausgeschlossen.

Des Weiteren wird Versicherten mit der Geschlechtsausprägung „unbestimmt“ in Feld 5 der Satzart 201 die Geschlechtsausprägung „weiblich“ zugewiesen.

2.2 Erweiterung der Datengrundlage um abgeleitete Merkmale

2.2.1 KV-Abgrenzung

Die regionale Zuordnung von Versicherten zu KV-Bezirken erfolgt entsprechend den Festlegungen gemäß Nr. 2.2.1 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 503. Sitzung über das zur Ermittlung der diagnosebezogenen bzw. demografischen Veränderungsdaten für das Jahr 2021 zu verwendende Klassifikationsmodell.

2.2.2 Kappung der Versichertentage

Die Zahl der Versichertentage eines Versicherten wird je Quartal aufaddiert und auf die kalendarisch maximal mögliche Anzahl an Tagen dieses Quartals begrenzt.

2.2.3 Definition der Anzahl der Versicherten quartale

Die Anzahl der Versicherten quartale (AVQ) weist jahresweise aus, wie viele Quartale eine Person versichert war. Ein Quartal wird hierbei gezählt, sobald eine Person in diesem Quartal mindestens einen Tag versichert war.

2.2.4 Definition von Versichertenzeitvollständigkeit

Eine Person wird für ein Jahr als versichertenzeitvollständig gekennzeichnet, wenn sie in jedem Quartal dieses Jahres mindestens 45 Tage versichert war. Von dieser Bedingung ausgenommen sind das Quartal des Todes einer Person und ggf. die Folge quartale des Todes.

2.2.5 Abgrenzung des morbiditätsbedingten Leistungsbedarfs

Die inhaltliche Abgrenzung des Leistungsbedarfs wird gemäß der Anlage des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 503. Sitzung zum Klassifikationsmodell festgelegt. Hierzu wird jede abgerechnete Gebührenordnungsposition zuerst dem zugehörigen Leistungssegment und dann der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) oder der extrabudgetären Gesamtvergütung (EGV) zugeordnet. Nur der auf die MGV-Segmente entfallende Leistungsbedarf aus 2017 ist für die Bestimmung der Relativgewichte maßgeblich.

Der Leistungsbedarf zur Bestimmung der Relativgewichte wird in der Einheit Punkte verwendet. Dazu wird für die gemäß Feld 09 der Satzart 210 in Punkten bewerteten Gebührenordnungspositionen eines Abrechnungsfalls der Wert aus dem Feld 08 der Satzart 210 herangezogen.

Für gemäß Feld 09 der Satzart 210 in Euro bewertete Leistungen wird der im Feld 08 der Satzart 210 angegebene Wert mithilfe des im jeweiligen Quartal geltenden Orientierungswertes in Punkte umgerechnet. Ist die Gebührenordnungsposition gemäß Feld 09 der Satzart 210 weder in Punkten noch in Euro bewertet, so wird der im Feld 11 der Satzart 210 angegebene Wert gemäß Euro-Gebührenordnung herangezogen und mithilfe des im jeweiligen Quartal geltenden Orientierungswertes in Punkte umgerechnet.

Der so definierte morbiditätsbedingte Leistungsbedarf des Jahres 2017 wird für jeden Versicherten mit Bezug auf die Anzahl der Versicherten quartale in 2017 gemäß Nr. 2.2.3 annualisiert.

2.2.6 Identifikation von Selektivvertragsteilnehmern

Ein Versicherter wird in einem Jahr als Selektivvertragsteilnehmer identifiziert, wenn dieser Versicherte in mindestens einem Quartal eine Selektivvertragsteilnehmerkennzeichnung gemäß Nr. 2.1 aufweist.

2.2.7 Längsschnittliche Selektivvertragsteilnehmer (SV-Teilnehmer)

Ein Versicherter, der gemäß Nr. 2.2.6 zu irgendeinem Zeitpunkt der Jahre 2017 und 2018 als Selektivvertragsteilnehmer identifiziert wurde, wird als längsschnittlicher SV-Teilnehmer definiert.

Dementsprechend werden längsschnittliche Nicht-SV-Teilnehmer als jene Versicherte definiert, die zu keinem Zeitpunkt der Jahre 2017 und 2018 gemäß Nr. 2.2.6 als Selektivvertragsteilnehmer identifiziert wurden.

2.2.8 Identifikation von Wohnausländern

Die Identifikation eines Versicherten als Wohnausländer erfolgt jahresbezogen auf Grundlage des letzten Quartals im jeweiligen Jahr, in dem für diesen Versicherten mindestens ein Datensatz der Satzart 201 in der Datengrundlage vorliegt. Aus diesem Quartal werden für den Versicherten diejenigen Datensätze der Satzart 201 ausgewählt, bei denen die über das Institutionskennzeichen im Feld 02 zu ermittelnde Krankenkasse der höchsten Fusionsstufe (Stand: 2. April 2020) ihren Sitz im gemäß Nr. 2.2.1 ermittelten KV-Bezirk hat. Enthält einer dieser Datensätze in Feld 08 den Wert "AUSLA", so wird der Versicherte als Wohnausländer identifiziert.

2.3 Abgrenzung der Datengrundlage zur Kalibrierung des zeitgleichen Klassifikationsmodells (Kalibrierungsmenge des zeitgleichen Klassifikationsmodells)

Die Datengrundlage nach Nr. 2.1 wird zur Kalibrierung des zeitgleichen Klassifikationsmodells wie folgt eingegrenzt:

1. Von der Versichertenmenge nach Nr. 2.1 werden für die Kalibrierungsmenge nur die Versicherten im Diagnose- und Leistungsjahr 2017 ausgewählt, die in 2017 gemäß Nr. 2.2.4 versichertenzeitvollständig sind.
2. Von der Versichertenmenge nach Ziffer 1 werden darüber hinaus diejenigen Versicherten ausgenommen, die in 2017 gemäß der Definition nach Nr. 2.2.6 als Selektivvertragsteilnehmer identifiziert wurden.
3. Von der Versichertenmenge nach Ziffer 1 werden weiterhin diejenigen Versicherten ausgenommen, die zu irgendeinem Zeitpunkt des Jahres 2017 in Feld 14 der Satzart 201 einen Wert von 1 aufweisen.
4. Von der Versichertenmenge nach Ziffer 1 werden weiterhin diejenigen Versicherten ausgenommen, die in 2017 Wohnausländer gemäß Nr. 2.2.8 und darüber hinaus im Jahr 2017 gemäß der Zuordnungsvorschrift in Nr. 2.2.1 einem der KV-Bezirke Baden-Württemberg oder Nordrhein zugeordnet sind.

2.4 Abgrenzung der Datengrundlage zur Ermittlung des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs (Anwendungsmenge)

Die Datengrundlage nach Nr. 2.1 wird zur Ermittlung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs wie folgt abgegrenzt:

1. In den Jahren 2017 und 2018 werden die Versicherten mit Versichertenzeit im jeweiligen Jahr ausgewählt, die jahresspezifisch mindestens 120 Tage Versichertenzeit aufweisen oder im jeweiligen Jahr gestorben sind oder für die in mindestens einem Quartal des betreffenden Kalenderjahres ohne Versichertenzeit Abrechnungsfälle vorliegen.
2. Längsschnittliche SV-Teilnehmer werden nur dann in die Anwendungsmenge nach Ziffer 1 aufgenommen, wenn sie den KV-Bezirken Baden-Württemberg oder Bayern zugeordnet wurden und gemäß der Kennzeichnung zur Selektivvertragsteilnahme nach Nr. 2.2.6 für sämtliche Quartale der Jahre 2017 und 2018 mit Teilnahme als Teilnehmer ausschließlich an Selektivverträgen nach § 73b SGB V identifizierbar sind.
3. Von der Versichertenmenge nach Ziffern 1 und 2 werden diejenigen Versicherten ausgenommen, die zu irgendeinem Zeitpunkt in den Jahren 2017 bis 2018 in Feld 14 der Satzart 201 einen Wert von 1 aufweisen.
4. Von der Versichertenmenge nach Ziffern 1 und 2 werden weiterhin diejenigen Versicherten ausgenommen, die in mindestens einem der Jahre 2017 bis 2018 Wohnausländer gemäß Nr. 2.2.8 und darüber hinaus im entsprechenden Jahr gemäß der Zuordnungsvorschrift in Nr. 2.2.1 einem der KV-Bezirke Baden-Württemberg oder Nordrhein zugeordnet sind.

2.5 Demografische Hochrechnungsfaktoren

2.5.1 Berechnung der Demografischen Hochrechnungsfaktoren

Demografische Hochrechnungsfaktoren (DHF) werden zur Ermittlung der Anstiege aller Risikokategorien bzw. der ausgewählten Risikokategorien jahres- und KV-spezifisch entsprechend der Alters- und Geschlechtsgruppen der KM6-Statistik (AG) definiert. Zusätzlich erfolgt in allen KV-Bezirken eine Differenzierung der DHF nach Wohnausländern bzw. Nicht-Wohnausländern. Für die KV-Bezirke Baden-Württemberg und Nordrhein werden die DHF nur für die Nicht-Wohnausländer berechnet. Die DHF werden, gemäß Abschnitt 2.7 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 503. Sitzung, auf der Menge der längsschnittlichen Nicht-SV-Teilnehmer sowie der längsschnittlichen SV-Teilnehmer mit Wohnort in Baden-Württemberg bzw. Bayern, abgegrenzt nach Nr. 2.2.7 und eingeschränkt auf Versicherte gemäß Nr. 2.4 Ziffer 1, 3 und 4 des vorliegenden Beschlusses, berechnet. Bezugsgröße ist dabei die KV-spezifische, nach Alters- und Geschlechtsgruppen und nach Wohnausländern bzw.

Nicht-Wohnausländern untergliederte KM6-Statistik des jeweiligen Jahres, für Nicht-Wohnausländer gewichtet mit dem Verhältnis aus der Versichertenanzahl gemäß Satzart ANZVER87a_IK gemäß dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 348. Sitzung, geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 369. Sitzung, und der Anzahl der Versicherten der KM6-Statistik der KV.

Versichertenbezogene DHF ergeben sich als die der Alters- und Geschlechtsgruppe gemäß KM6 sowie der KV- und Wohnausländer-Zugehörigkeit des Versicherten entsprechenden DHF des jeweiligen Jahres.

2.5.2 Korrekturfaktor der Demografischen Hochrechnungsfaktoren für „nur-§ 73b-Versicherte“

Um die Versicherten, die an einem anderen oder mindestens einem weiteren Vertrag als einem Vertrag gemäß § 73b SGB V teilgenommen haben oder deren Vertragstyp unbekannt ist (zusammen als „nicht-nur-§ 73b-Versicherte“ bezeichnet) im Rahmen der demografischen Hochrechnung zu berücksichtigen, ist für die „nur-§ 73b-Versicherten“ noch ein Korrekturfaktor für jede Alters- und Geschlechtsgruppe, jede KV und jedes Jahr erforderlich.

Versichertenbezogene Korrekturfaktoren der DHF für „nur-§ 73b-Versicherte“ ergeben sich als die der Alters- und Geschlechtsgruppe gemäß KM6 sowie der KV-Zugehörigkeit des Versicherten entsprechenden Korrekturfaktoren der DHF des jeweiligen Jahres gemäß Abschnitt 2.8 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 503. Sitzung.

3. Verfahren zur Ermittlung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs aufgrund eines überproportionalen Anstiegs von Akuterkrankungen vor Anwendung der Verfahren nach Teil B und C

3.1 Ermittlung bundeseinheitlicher Relativgewichte

Zur Ermittlung der bundeseinheitlichen Relativgewichte wird gemäß Nr. 2 der Anlage 1 auf Basis der Kalibrierungsmenge gemäß Nr. 2.3 der Kalibrierungsalgorithmus angewendet. Die abhängige Variable der dabei durchgeführten gewichteten multiplen Regression ist der MGV-Leistungsbedarf 2017 gemäß Nr. 2.2.5, die unabhängigen Variablen sind die hierarchisierten Risikokategorien (HCCs) und die Alters- und Geschlechtsgruppen, ebenfalls des Jahres 2017. Die Gewichtung erfolgt mit den Versichertenquartalen aus 2017 gemäß Nr. 2.2.3.

3.2 Ermittlung der Anstiege für alle Risikokategorien

Die durchschnittlichen Relativgewichtssummen je Versicherten über alle Risikokategorien einschließlich der Alters- und Geschlechtsgruppen (in Anlage 1 als Morbiditätsindex im zeitgleichen Modell bezeichnet), werden je KV-Bezirk für die Jahre

2017 und 2018 miteinander verglichen. Auf Basis der Relativgewichte des Jahres 2017 wird dabei gemäß Nr. 3.1 der Anlage 1 der Quotient aus beiden Summen berechnet und 1 abgezogen.

Für die KV-Bezirke Baden-Württemberg und Bayern wird mit den Gewichtungsfaktoren gemäß Nr. 3.3 der Anlage 1 aus getrennten Anstiegen für SV-Teilnehmer (mit Teilnahme ausschließlich an Verträgen nach § 73b SGB V) und Nicht-SV-Teilnehmern gemäß Nr. 3.1 der Anlage 1 ein gewichtetes Mittel berechnet.

3.3 Ermittlung der Anstiege für die ausgewählten Risikokategorien

Die durchschnittlichen Relativgewichtssummen je Versicherten über die in Nr. 1 der Anlage 1 aufgelisteten, ausgewählten hierarchisierten Risikokategorien (als „ausgewählte Risikokategorien“ bezeichnet) werden je KV-Bezirk für die Jahre 2017 und 2018 miteinander verglichen. Auf Basis der Relativgewichte des Jahres 2017 wird dabei gemäß Nr. 3.2 der Anlage 1 der Quotient aus beiden Summen berechnet und 1 abgezogen. Es wird ein Anstieg für die ausgewählten Risikokategorien zusammen bestimmt.

Für die KV-Bezirke Baden-Württemberg und Bayern wird mit den Gewichtungsfaktoren gemäß Nr. 3.3 der Anlage 1 aus getrennten Anstiegen für SV-Teilnehmer (mit Teilnahme ausschließlich an Verträgen nach § 73b SGB V) und Nicht-SV-Teilnehmern gemäß Nr. 3.2 der Anlage 1 ein gewichtetes Mittel berechnet.

3.4 Schwellenwert für das Vorliegen eines nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs vor Anwendung der Verfahren nach Teil B und C

Wenn der gemäß Nr. 3.2 berechnete Anstieg aller Risikokategorien in einem KV-Bezirk größer oder gleich 0,1 Prozent ist, dann wird dieser Anstieg mit dem Faktor 1,15 multipliziert, um den Schwellenwert für das Vorliegen eines nicht vorhersehbaren Anstiegs zu erhalten. Wenn der Anstieg aller Risikokategorien in einem KV-Bezirk kleiner als 0,1 Prozent ist, dann wird für die Berechnung des Schwellenwerts dieser Anstieg um 0,015 Prozentpunkte erhöht. Ist der Schwellenwert negativ, so wird er auf null gesetzt.

3.5 Ermittlung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs in Prozent vor Anwendung der Verfahren nach Teil B und C

Übersteigt der Anstieg von 2017 auf 2018 der ausgewählten Risikokategorien in einem KV-Bezirk den Schwellenwert gemäß Nr. 3.4, so liegt in diesem KV-Bezirk ein nicht vorhersehbarer Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs vor Anwendung der Verfahren nach Teil B und C vor. Sein Umfang in Prozent wird gemäß Nr. 4.1 der Anlage 1 als Differenz aus dem Anstieg von 2017 auf 2018 der ausgewählten Risikokategorien und dem Schwellenwert gemäß Nr. 3.4 berechnet.

3.6 Ermittlung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs in Punkten vor Anwendung der Verfahren nach Teil B und C

Der nicht vorhersehbare Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs in Prozent je KV-Bezirk vor Anwendung der Verfahren nach Teil B und C gemäß Nr. 3.5 multipliziert mit der mit Hochrechnungsfaktoren und Versichertenzeit gewichteten Relativgewichtssumme der ausgewählten Risikokategorien bezogen auf das Jahr 2017 und multipliziert mit dem durchschnittlichen Leistungsbedarf des Jahres 2017 nach Nr. 2 der Anlage 1 in Punkten ergibt den Umfang des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs in Punkten vor Anwendung der Verfahren nach Teil B und C. Die Berechnungsformel wird in Nr. 4.2 der Anlage 1 angegeben.

4. Zusammenführung der Kennzahlen der Beschlussteile

Die in diesem Beschlussteil ermittelten Ergebnisse stellen Teilergebnisse vor Anwendung der Verfahren nach Teil B und Teil C dar. Die Teilergebnisse von Teil A, Teil B und Teil C werden im Beschlussteil E zusammengeführt und vom Institut des Bewertungsausschuss gemäß Teil D an den Bewertungsausschuss berichtet.

Teil B

Verfahren zur Vermeidung von Doppelzahlungen bei der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung für das Jahr 2018 und die Folgejahre

1. Grundsätze des Verfahrens

Unter der Vermeidung von Doppelzahlungen bei der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung für das Jahr 2018 und die Folgejahre wird die Verrechnung des festgestellten nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs des Jahres 2018 gemäß Teil A mit dem auf die ausgewählten Risikokategorien gemäß Nr. 1 der Anlage 1 zurückzuführenden Anteil an der regional vereinbarten, diagnosebezogenen Veränderungsrate für das Jahr 2021 verstanden.

Das Verfahren kommt nur zur Anwendung, wenn ein nicht vorhersehbarer Anstieg von 2017 auf 2018 gemäß Teil A festgestellt wird.

2. Datengrundlage

Die Datengrundlage für das Verfahren zur Vermeidung von Doppelzahlungen ist der gemäß Nrn. 2.1 und 2.2 in Teil A genannte Datenkörper.

2.1 Datengrundlage für den Behandlungsbedarf

Der Behandlungsbedarf für das Jahr 2019 wird grundsätzlich dem Attribut Wert für den Vorgang 980 der arztseitigen Datenlieferung zum Formblatt 3 gemäß dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 373. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), zuletzt geändert durch den Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 61. Sitzung am 29. März 2019, entnommen, entsprechend dem dem Institut am 25. August 2020 vorliegenden Stand. Abweichend davon wird für die KV-Bezirke Nordrhein, Hessen, Bayern und Saarland der Behandlungsbedarf des Jahres 2019 aus Feld 06 der arztseitigen Lieferung der Satzart KASSRG87aMGV gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 437. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) entnommen.

2.2 Abgrenzung der Datengrundlage zur Ermittlung der Punktzahlsumme zur etwaigen Verringerung des Umfangs eines gemäß Teil A festgestellten nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs zur Vermeidung von Doppelzahlungen (Anwendungsmenge)

Die Datengrundlage zur Ermittlung der Punktzahlsumme zur etwaigen Verringerung des Umfangs eines gemäß Teil A festgestellten nicht vorhersehbaren Anstiegs des

morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs zur Vermeidung von Doppelzahlungen entspricht der Abgrenzung gemäß Nr. 2.4 in Teil A.

3. Verfahren zur Vermeidung von Doppelzahlungen

3.1 Ermittlung der Punktzahlsumme zur etwaigen Verringerung des Umfangs eines gemäß Teil A festgestellten nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs zur Vermeidung von Doppelzahlungen

Die Datengrundlage ist die Anwendungsmenge gemäß Nr. 2.2 in der jeweiligen KV-spezifischen Abgrenzung gemäß Nr. 2.2.1 in Teil A.

Die Punktzahlsumme zur etwaigen Verringerung des Umfangs eines gemäß Teil A festgestellten nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs zur Vermeidung von Doppelzahlungen wird für jeden KV-Bezirk gemäß Nr. 1 der Anlage 2 einzeln bestimmt. Dazu wird das Produkt aus dem Beitrag der ausgewählten Risikokategorien an der diagnosebezogenen Veränderungsrate für das Jahr 2021 und dem Behandlungsbedarf für das Jahr 2019 für jeden KV-Bezirk berechnet. Diese Kennzahlen sind gemäß Teil E mit dem für die gewichtete Zusammenführung der diagnosebezogenen und demografischen Veränderungsrate durch die Gesamtvertragspartner verwendeten Gewichtungsfaktor für die diagnosebezogene Veränderungsrate für das Jahr 2021 zu gewichten.

3.2 Ermittlung der dem Schwellenwert für das Vorliegen eines nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs entsprechenden Punktzahlsumme

Die Punktzahlsumme zur etwaigen Verringerung des Umfangs eines gemäß Teil A festgestellten nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs zur Vermeidung von Doppelzahlungen wird nur insofern und insoweit in Abzug gebracht, wie diese die Punktzahlsumme überschreitet, die dem Schwellenwert für das Vorliegen eines nicht vorhersehbaren Anstiegs gemäß Nr. 3.4 in Teil A entspricht. Das Nähere hierzu ist in Nr. 2 der Anlage 2 festgelegt.

4. Zusammenführung der Kennzahlen der Beschlussteile

Die in diesem Beschlussteil ermittelten Ergebnisse stellen Teilergebnisse dar. Die Teilergebnisse von Teil A, Teil B und Teil C werden im Beschlussteil E zusammengeführt und vom Institut des Bewertungsausschusses gemäß Teil D an den Bewertungsausschuss berichtet.

Teil C

Verfahren zur Verrechnung des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs im Jahr 2018 mit einer Unterschreitung des vereinbarten Anstiegs des Behandlungsbedarfs von 2017 auf 2018 durch den tatsächlichen Anstieg des Leistungsbedarfs von 2017 auf 2018

Präambel

Gemäß dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 400. Sitzung am 31. August 2017 (Vorbereitung der Empfehlung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs) soll bei Vorliegen eines gemäß Teil A ermittelten nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs im Jahr 2018 eine Verrechnung des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs im Jahr 2018 mit einer Unterschreitung des vereinbarten Anstiegs des Behandlungsbedarfs von 2017 auf 2018 durch den tatsächlichen Anstieg des Leistungsbedarfs von 2017 auf 2018 (im Folgenden kurz als Unterschreitung bezeichnet) erfolgen. In diesem Beschlussteil wird das Verfahren zur Feststellung einer solchen Unterschreitung in einem KV-Bezirk beschrieben. Das Verfahren ist ausschließlich für diejenigen KV-Bezirke durchzuführen, in denen tatsächlich ein nicht vorhersehbarer Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs im Jahr 2018 gemäß Teil A festgestellt wurde.

1. Grundsätze des Verfahrens

Die Berechnung der Unterschreitung des vereinbarten Anstiegs des Behandlungsbedarfs durch den tatsächlichen Anstieg des Leistungsbedarfs orientiert sich an den Vorgaben gemäß dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 383. Sitzung am 21. September 2016 zur Berechnung der Aufsatzwerte nach § 87a Abs. 4 Satz 1 SGB V, geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 401. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), für das Jahr 2018. Das Konzept des Aufsatzwertes dient der Beschreibung der Fortentwicklung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) von einem Quartal des Jahres 2017 in das entsprechende Quartal des Jahres 2018. Berücksichtigt werden dabei u. a. Änderungen der Anzahl von Versicherten, Bereinigungen und Änderungen der Abgrenzung der MGV zwischen den beiden betrachteten Quartalen. Bei der Berechnung des für den Vergleich notwendigen transformierten Aufsatzwertes für die Quartale im Jahr 2017 ist der für diese Quartale vereinbarte bereinigte Behandlungsbedarf so zu transformieren, als wären die

Leistungen unter den Bedingungen erbracht worden, die im entsprechenden Quartal des Jahres 2018 herrschten. Der vereinbarte Anstieg des Behandlungsbedarfs ergibt sich dann aus dem vereinbarten bereinigten Behandlungsbedarf für die Quartale im Jahr 2018 und den gemäß diesem Beschluss berechneten transformierten Aufsatzwerten der Quartale im Jahr 2017.

In analoger Weise wird der in einem Quartal des Jahres 2017 abgerechnete Leistungsbedarf unter Berücksichtigung der geänderten Bedingungen im entsprechenden Quartal des Jahres 2018 transformiert und der tatsächliche Anstieg des Leistungsbedarfs ergibt sich entsprechend aus dem abgerechneten Leistungsbedarf der Quartale des Jahres 2018 und dem transformierten abgerechneten Leistungsbedarf der jeweiligen Ausgangs quartale des Jahres 2017.

Durch Vergleich des so bestimmten vereinbarten Anstiegs des Behandlungsbedarfs mit dem so bestimmten tatsächlichen Anstieg des Leistungsbedarfs lässt sich eine Unterschreitung feststellen.

2. Datengrundlagen und Besonderheiten des Verfahrens

2.1 Datengrundlagen

Die in diesem Beschlussteil beschriebenen Berechnungen zur Feststellung einer Unterschreitung des vereinbarten Anstiegs des Behandlungsbedarfs durch den tatsächlichen Anstieg des Leistungsbedarfs werden durch das Institut des Bewertungsausschusses auf der Grundlage von Daten durchgeführt, die auf Bundesebene vorliegen. Eine detaillierte Beschreibung, welche Eingabegrößen des Verfahrens aus welchen Datengrundlagen entnommen werden, erfolgt in Anlage 4. Diese Datengrundlagen sind mit dem dem Institut des Bewertungsausschusses zum 25. August 2020 vorliegenden Stand zu verwenden.

2.2 Bewertungseffekte

Bei der Berücksichtigung von Bewertungseffekten werden im Rahmen dieses Beschlusses Gebührenordnungspositionen betrachtet, deren Bewertung sich im EBM in einem Quartal des Jahres 2018 im Vergleich zum entsprechenden Quartal des Jahres 2017 geändert hat. Solche Änderungen sind im Rahmen des Verfahrens durch das Institut des Bewertungsausschusses dadurch zu berücksichtigen, dass bei der Berechnung des tatsächlichen Anstiegs des Leistungsbedarfs für die betroffenen Gebührenordnungspositionen im Jahr 2018 dieselbe Bewertung verwendet wird, mit der diese Gebührenordnungspositionen in den transformierten abgerechneten Leistungsbedarf des entsprechenden Ausgangs quartals des Jahres 2017 eingehen.

3. Beschreibung des Verfahrens

Dem Verfahren liegt der Vergleich der Entwicklung des Leistungsbedarfs und Behandlungsbedarfs des Jahres 2018 gegenüber dem Jahr 2017 zugrunde. Um eine Vergleichbarkeit herzustellen, sind für beide Kennzahlen jeweils Vergleichswerte, genannt transformierte Aufsatzwerte, durch Transformation zu bestimmen, die Änderungen der Anzahl von Versicherten, Anpassungen des regionalen Punktwerts, Bereinigungsbeträge, Ein- und Ausdeckelungen (bei Überführung von Leistungen, die bisher nicht der MGV zugeordnet sind (EGV), in die MGV bzw. Überführung von der MGV in die EGV) und Bewertungseffekte abbilden. Soweit in einzelnen Schritten des Verfahrens nicht explizit eine andere Festlegung getroffen wird, sind ausschließlich Leistungen, die im Jahre 2018 der MGV unterliegen bzw. durch Transformation in diese Abgrenzung gebracht wurden, im Rahmen des Verfahrens zu berücksichtigen. Insbesondere sind Leistungsbedarfe der nicht vertragskonformen Inanspruchnahme (NVI) in Zusammenhang mit Selektivverträgen nicht zu berücksichtigen.

Die nachfolgend ausformulierten Berechnungsschritte sind in Anlage 3 formeltechnisch ausgedrückt.

3.1 Bestimmung des transformierten Aufsatzwertes des bereinigten Behandlungsbedarfs

Für jeden KV-Bezirk wird der transformierte Aufsatzwert des basiswirksam bereinigten Behandlungsbedarfs 2017 gebildet. Die nachfolgende Beschreibung orientiert sich am Vorgehen gemäß Nr. 2.2 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 383. Sitzung am 21. September 2016 (Vorgaben für ein Verfahren zur Ermittlung der Aufsatzwerte), geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 401. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung).

Die Transformation geschieht auf der Ebene des KV-Bezirks in drei Schritten, welche in Nr. 2 von Anlage 3 formeltechnisch dargestellt sind. Im ersten Schritt wird die im entsprechenden Quartal des Jahres 2018 möglicherweise geänderte Abgrenzung der MGV im KV-Bezirk beim Behandlungsbedarf der KV des Jahres 2017 berücksichtigt. Dazu wird der Leistungsbedarf gemäß Euro-Gebührenordnung, der auf Leistungen entfällt, die ein- bzw. ausgedeckelt wurden, über alle Einzelkassen verwendet. Der Leistungsbedarf, der auf in Euro bewertete Leistungen entfällt, ist durch Division mit dem regionalen Punktwert in Behandlungsbedarf in Punkten umzurechnen. Der Leistungsbedarf, der auf in Punkten bewertete Leistungen entfällt, wird mit dem Verhältnis vom Behandlungsbedarf im Jahr 2017 zum im gesamten KV-Bezirk abgerechneten Leistungsbedarf gemäß Euro-Gebührenordnung des Jahres 2017 multipliziert. Bei Eindeckelung ist der sich ergebende Betrag zum Behandlungsbedarf hinzuzurechnen und bei Ausdeckelung abzuziehen.

Im zweiten Schritt werden mögliche Änderungen der Anzahl der Versicherten von 2017 auf 2018 im KV-Bezirk berücksichtigt, indem diese Veränderung als Faktor mit dem in Schritt eins bestimmten Wert multipliziert wird. Zusätzlich findet eine Korrektur des Behandlungsbedarfs gemäß den Vorgaben zur Berechnung des Aufsatzwertes gemäß dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 383. Sitzung am 21. September 2016, geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 401. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), insbesondere die in Nr. 2.2.4 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 383. Sitzung beschriebene Verwendung der Gesamtbereinigungsmenge je Versichertem in Punkten des Jahres 2017, statt. Für diese Korrektur wird die Gesamtbereinigungsmenge je Versichertem in Punkten im Jahr 2017 mit der Änderung der Anzahl der Versicherten von 2017 auf 2018 multipliziert und zum Behandlungsbedarf addiert.

Schließlich wird im dritten Schritt der Summenwert der quartalsbezogenen Werte gebildet. Dieser Summenwert bildet den transformierten Aufsatzwert des vereinbarten Behandlungsbedarfs.

3.2 Bestimmung des transformierten Aufsatzwertes des abgerechneten Leistungsbedarfs

Die Berechnung des transformierten Aufsatzwertes des abgerechneten Leistungsbedarfs für das Jahr 2017 erfolgt grundsätzlich analog zur Berechnung des transformierten Aufsatzwertes des bereinigten Behandlungsbedarfs. Dabei sind insbesondere die im entsprechenden Quartal des Jahres 2018 möglicherweise geänderte Abgrenzung der MGV, Bewertungseffekte, Änderungen des regionalen Punktwertes sowie mögliche Änderungen der Anzahl der Versicherten zu berücksichtigen.

Die Transformation geschieht in sechs Schritten, welche in Nr. 3 von Anlage 3 formeltechnisch dargestellt sind. Im ersten Schritt wird erneut die im entsprechenden Quartal des Jahres 2018 möglicherweise geänderte Abgrenzung der MGV im KV-Bezirk berücksichtigt. Dazu wird der Leistungsbedarf gemäß Euro-Gebührenordnung des Jahres 2017 getrennt nach Leistungen, die in Punkten und Euro bewertet sind, in der Abgrenzung des Jahres 2018 bestimmt.

In Schritt zwei wird für die in Punkten bewerteten Leistungen die Änderung des regionalen Punktwertes von 2017 auf 2018 eingerechnet.

In Schritt drei wird der Leistungsbedarf aus dem ersten Schritt, der auf in Euro bewertete Leistungen entfällt, und der um die Änderung des regionalen Punktwertes angepasste Leistungsbedarf aus dem zweiten Schritt addiert.

In Schritt vier wird die Gesamtbereinigungsmenge je Versichertem in 2017 wegen selektivvertraglich erbrachten Leistungen mit dem Faktor der Veränderung des

regionalen Punktwertes von 2017 auf 2018 multipliziert und durch das Verhältnis von Behandlungsbedarf in Punkten im Jahre 2017 zum im KV-Bezirk abgerechneten Leistungsbedarf in Euro im Jahre 2017 dividiert.

Im fünften Schritt werden mögliche Änderungen der Anzahl der Versicherten von 2017 auf 2018 im KV-Bezirk bei den Leistungsbedarfen berücksichtigt. Zusätzlich wird der in Schritt vier erhaltene Eurobetrag mit der Änderung der Anzahl der Versicherten von 2017 auf 2018 multipliziert und zum im Schritt drei erhaltenen Eurobetrag hinzuaddiert. Damit wird die im Schritt zwei der Transformation des vereinbarten bereinigten Behandlungsbedarfs durchgeführte Korrektur analog auch beim Leistungsbedarf nachvollzogen.

In Schritt sechs wird schließlich der Summenwert der quartalsbezogenen Werte gebildet. Dieser Summenwert bildet den transformierten Aufsatzwert des abgerechneten Leistungsbedarfs.

3.3 Vereinbarter und tatsächlicher Anstieg

Die gemäß Nr. 3.1 und Nr. 3.2 bestimmten transformierten Aufsatzwerte des vereinbarten Behandlungsbedarfs und des abgerechneten Leistungsbedarfs des Jahres 2017 berücksichtigen nicht die Änderungen bei der Teilnahme an Selektivverträgen, die nach einem Quartal des Jahres 2017 bis zum entsprechenden Quartal des Jahres 2018 aufgetreten sind. Daher werden diese Aufsatzwerte des Jahres 2017 zur Berechnung des vereinbarten Anstiegs des Behandlungsbedarfs und des tatsächlichen Anstiegs des Leistungsbedarfs ins Verhältnis gesetzt zum vereinbarten Behandlungsbedarf bzw. zum abgerechneten Leistungsbedarf des Jahres 2018 insgesamt, die jeweils um die entsprechenden Differenzbereinigungsbeträge rückbereinigt wurden. Beim abgerechneten Leistungsbedarf des Jahres 2018 sind hierbei außerdem Bewertungseffekte durch Multiplikation des Leistungsbedarfs, der auf die davon betroffenen Leistungen entfällt, mit einem geeigneten Faktor zu berücksichtigen.

Für die Rückbereinigung um die entsprechenden Differenzbereinigungsbeträge wird im Bereich des Behandlungsbedarfs die Summe der gemäß dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 400. Sitzung am 31. August 2017 (Vorgaben gemäß § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V für ein Verfahren zur Bereinigung) bestimmten Bereinigungsbeträge in Punkten addiert, wie in Nr. 4 von Anlage 3 formeltechnisch beschrieben. Im Bereich des Leistungsbedarfs ist diese Summe der Bereinigungsbeträge in Punkten durch das Verhältnis vom Behandlungsbedarf zum im KV-Bezirk abgerechneten Leistungsbedarf im Jahr 2018 zu dividieren und hinzuaddieren, wie in Nr. 5 von Anlage 3 formeltechnisch beschrieben. Als Ergebnis ergeben sich der vereinbarte Anstieg des Behandlungsbedarfs und der tatsächliche Anstieg des Leistungsbedarfs im KV-Bezirk in Prozent.

3.4 Feststellung einer Unterschreitung

Eine Unterschreitung des vereinbarten Anstiegs durch den tatsächlichen Anstieg in einem KV-Bezirk liegt vor, wenn die gemäß Nr. 3.3 bestimmte prozentuale Veränderung des Behandlungsbedarfs größer ist als die prozentuale Veränderung des Leistungsbedarfs.

Zur Bestimmung der auf diese Unterschreitung entfallenden Höhe des Behandlungsbedarfs wird als Bezugsgröße, auf die die Differenz der prozentualen Veränderungen angewandt wird, ein Wert wie folgt bestimmt: Die Summe der transformierten Aufsatzwerte des vereinbarten Behandlungsbedarfs über die Quartale des Jahres 2017 insgesamt wird vermindert um die Summe über die Differenzbereinigungsbeträge in Punkten im Jahr 2018, die mit folgendem Faktor multipliziert wird, um die auf den Bereinigungsbetrag angewendete Fortentwicklung des vereinbarten Behandlungsbedarfs von 2017 auf 2018 zu berücksichtigen:

$$1 + \frac{1}{100} \frac{\text{vereinbarter Anstieg des Behandlungsbedarfs im KV-Bezirk in \%}}{100}$$

Eine formeltechnische Beschreibung der Bestimmung der Bezugsgröße ist in Nr. 6 von Anlage 3 angegeben.

Der Unterschreitungsbeitrag ergibt sich aus der Multiplikation der so bestimmten Bezugsgröße mit der Differenz der prozentualen Veränderung des vereinbarten Anstiegs des Behandlungsbedarfs zur prozentualen Veränderung des tatsächlichen Anstiegs des Leistungsbedarfs, wie in Nr. 6 von Anlage 3 formeltechnisch beschrieben.

4. Dokumentation der Abgrenzungen der Berechnung und Annahmen durch das Institut des Bewertungsausschusses

Durch die Verwendung von auf Bundesebene vorliegenden Datengrundlagen kommt es gegebenenfalls zu Ungenauigkeiten bei der Abbildung regionaler Besonderheiten. Das Institut des Bewertungsausschusses stellt diese nicht abbildbaren Sachverhalte sowie ggf. getroffene Annahmen zusammen mit der Vorlage der Berechnungsergebnisse dar.

5. Zusammenführung der Kennzahlen der Beschlussteile

Die in diesem Beschlussteil ermittelten Ergebnisse stellen Teilergebnisse dar. Die Teilergebnisse von Teil A, Teil B und Teil C werden im Beschlussteil E zusammengeführt und vom Institut des Bewertungsausschusses gemäß Teil D an den Bewertungsausschuss berichtet.

Teil D

Vorlage der Berechnungsergebnisse des Instituts des Bewertungsausschusses

Das Institut des Bewertungsausschusses wird beauftragt, die Berechnungen nach Teil A, Teil B und Teil C bis zum 09. September 2020 vorzubereiten und dem Bewertungsausschuss je KV-Bezirk folgende Teilergebnisse zur Vorbereitung der Beschlussfassung des Bewertungsausschusses zur Empfehlung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs aufgrund eines überproportionalen Anstiegs von Akuterkrankungen für das Jahr 2018 vorzulegen:

1. Den Umfang des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs in Punkten ohne Berücksichtigung der Ergebnisse von Teil B und Teil C gemäß Teil A Nr. 3.6, dividiert durch den morbiditätsbedingten Behandlungsbedarf für das vierte Quartal des Jahres 2019.
2. Die gemäß Anlage 2 Nr. 1 ermittelte ungewichtete Punktzahlsumme zur etwaigen Verringerung des Umfangs eines gemäß Teil A festgestellten nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs zur Vermeidung von Doppelzahlungen, dividiert durch den morbiditätsbedingten Behandlungsbedarf für das vierte Quartal des Jahres 2019.
3. Die gemäß Teil B Nr. 3.2 ermittelte, dem Schwellenwert für das Vorliegen eines nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs entsprechende Punktzahlsumme, dividiert durch den morbiditätsbedingten Behandlungsbedarf für das vierte Quartal des Jahres 2019.
4. Den gemäß Teil C ermittelten Unterschreibungsbetrag in Punkten, dividiert durch den morbiditätsbedingten Behandlungsbedarf für das vierte Quartal des Jahres 2019, sofern dieser Unterschreibungsbetrag größer als null ist.

Der morbiditätsbedingte Behandlungsbedarf für das vierte Quartal des Jahres 2019 ergibt sich gemäß der Datengrundlage, wie beschrieben in Teil B Nr. 2.1.

Teil E

Berechnungsformel zur Bestimmung eines einmaligen nicht basiswirksamen Aufschlags auf den Behandlungsbedarf des vierten Quartals des Jahres 2019

Im Beschluss des Bewertungsausschusses zur Empfehlung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs aufgrund eines überproportionalen Anstiegs von Akuterkrankungen für das Jahr 2018 (NVA 2018) soll neben den oben beschriebenen Größen die folgende Berechnungsformel zur Bestimmung eines einmaligen nicht basiswirksamen Aufschlags auf den Behandlungsbedarf des vierten Quartals des Jahres 2019 durch die Gesamtvertragspartner beschlossen werden:

$$NVA_{2018} = \max(0; A - \max(0; g \cdot B - C) - D).$$

Dabei bezeichnen A, B, C und D die vom Institut des Bewertungsausschusses gemäß Teil D berechneten Größen und g den regional vereinbarten Gewichtungsfaktor der diagnosebezogenen Veränderungsrate aus der Zusammenfassung der diagnosebezogenen und der demografischen Veränderungsrate für das Jahr 2021.

Die Größe D ist gegebenenfalls unter Berücksichtigung von Teil C Nr. 4 von den Gesamtvertragspartnern geeignet zu korrigieren.

Anlage 1

zum Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 518. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)

Technische Anlage zu den Festlegungen zur Bestimmung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditybedingten Behandlungsbedarfs für das Jahr 2018

1. Ausgewählte Risikokategorien

Folgende hierarchisierte Risikokategorien des Klassifikationssystems gemäß Nr. 2.3 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 400. Sitzung können zusammen einen nicht vorhersehbaren Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs nach § 87a Abs. 3 Satz 4 SGB V aufgrund eines überproportionalen Anstiegs von Akuterkrankungen auslösen:

HCC-Nr.	Bezeichnung
002	Sepsis/Schock
003	Entzündliche Erkrankungen des Zentralnervensystems
004	Tuberkulose
005	Opportunistische Infektionen
006	Andere Infektionskrankheiten
112	Pneumokokkenpneumonie, Empyem, Lungenabszess
113	Virale und nicht näher bezeichnete Pneumonien, Pleuritis
115	Akute Bronchitis, Grippe

2. Festlegungen zur Ermittlung bundeseinheitlicher Relativgewichte für die Berechnung der Anstiege zur Bestimmung des nicht vorhersehbaren Anstiegs

Die Relativgewichte zur Bestimmung des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs werden mit Hilfe einer gewichteten, multiplen linearen Regression ohne Interzept bestimmt. Die Gewichtung bezieht sich auf die Versichertenzeit, wobei diese nach Quartalen bestimmt wird.

Abhängige Variable des Regressionsmodells ist der annualisierte morbiditätsbedingte Leistungsbedarf des Jahres 2017 (Leistungsjahr) gemäß Nr. 2.2.5 jedes Versicherten

der Kalibrierungsmenge gemäß Nr. 2.3, dividiert durch den mit der Anzahl der Versicherten quartale gewichteten Mittelwert des annualisierten Leistungsbedarfs in der Kalibrierungsmenge nach Nr. 2.3. Die unabhängigen Variablen sind die Alters- und Geschlechtsgruppen (AGG) und die hierarchisierten Risikokategorien (HCCs) des Jahres 2017 des Klassifikationssystems der Version z14a.

Auf Basis des unkalibrierten Regressionsmodells mit allen unabhängigen Variablen ergeben sich vorläufige Relativgewichte und p-Werte. Eventuell auftretende negative oder insignifikante Relativgewichte ($p\text{-Wert} \geq 0,05$) der hierarchisierten Risikokategorien werden innerhalb des Kalibrierungsalgorithmus in der nachfolgenden Schrittfolge behandelt:

- 1) Bei negativen Relativgewichten von HCCs:
 - a) Die HCC mit dem größten negativen Gewicht (kleinsten Gewicht) gleich null setzen (dazu vorläufige Relativgewichte verwenden); erneute Regression, die sich ergebenden Relativgewichte sind jetzt neue, vorläufige Relativgewichte
 - b) Schritt a wird solange wiederholt, bis alle HCC ein positives Gewicht haben bzw. gleich null gesetzt sind
- 2) Bei insignifikanten Relativgewichten ($p\text{-Wert} \geq 0,05$) von HCCs:
 - a) Die HCC mit dem größten p-Wert gleich null setzen (dazu vorläufige p-Werte verwenden); erneute Regression, die sich ergebenden p-Werte sind jetzt neue, vorläufige p-Werte
 - b) Schritt a wird solange wiederholt, bis alle HCC ein signifikantes Gewicht haben bzw. gleich null gesetzt sind

Dieser Prozess wird solange wiederholt, bis keine HCC mehr negativ bzw. insignifikant ist.

- 3) AGG mit negativen bzw. insignifikanten Relativgewichten ($p\text{-Wert} \geq 0,05$) werden symmetrisch für beide Geschlechtsgruppen, beginnend mit den betroffenen AGG mit dem höchsten Alter, schrittweise mit der nächstjüngeren AGG (nächstältere AGG, falls die jüngste AGG betroffen ist) zusammengefasst und nach jeder Zusammenfassung wird eine erneute Regression durchgeführt sowie auf negative bzw. insignifikante Relativgewichte der AGG geprüft. Der Prozess wird solange wiederholt, bis keine AGG mehr negativ bzw. insignifikant ist.

Ist nach Abschluss von Schritt 3 eine oder mehrere HCCs negativ (bzw. insignifikant), so wird der gesamte Algorithmus ab Schritt 1 erneut durchlaufen.

- 4) Abschließende Regression mit den sich so ergebenden AGG und HCCs.

Nach der Kalibrierung verbleiben HCCs und AGG mit positiven und signifikanten Relativgewichten im zeitgleichen Klassifikationsmodell. Diese werden als Risikokategorien des zeitgleichen Klassifikationsmodells bezeichnet.

3. Festlegungen zur Ermittlung der Anstiege

3.1 Berechnung der Anstiege für alle Risikokategorien

Je Jahr t wird je KV (außer in den KV-Bezirken Baden-Württemberg und Bayern, s. u.) ein Morbiditätsindex $MI_{alle}^{t,zeitgl}$ bestimmt (aus Gründen der Übersichtlichkeit wird im Folgenden kein gesonderter Index für die KV geführt). Er ist die durchschnittliche mit den entsprechenden Relativgewichten bewertete und mit dem Produkt aus Versichertenzeit und DHF gewichtete Summe der Prävalenzen aller Risikokategorien mit Berücksichtigung der Alters- und Geschlechtsgruppen. Es ist also

$$MI_{alle}^{t,zeitgl} = \frac{\sum_{i=1}^{n^t} \sum_{k \in alle} (\hat{\beta}_k^{zeitgl} \cdot x_{k,i}^{t,zeitgl} \cdot AVQ_i^t \cdot DHF_i^t)}{\sum_{i=1}^{n^t} AVQ_i^t \cdot DHF_i^t}$$

mit

$MI_{alle}^{t,zeitgl}$: Morbiditätsindex für Nicht-Selektivvertragsteilnehmer des Jahres t der KV im zeitgleichen Klassifikationsmodell, wobei *alle* die Menge aller Risikokategorien mit Berücksichtigung der Alters- und Geschlechtsgruppen ist

$\hat{\beta}_k^{zeitgl}$: Relativgewicht der Risikokategorie k im zeitgleichen Klassifikationsmodell der Menge *alle* gemäß Nr. 2 dieser Anlage

n^t : Anzahl Versicherte im Jahr t der KV gemäß Nr. 2.4 in Teil A

$x_{k,i}^{t,zeitgl}$: Ausprägung der Risikokategorie k im zeitgleichen Klassifikationsmodell der Menge *alle* des Versicherten i im Jahr t

AVQ_i^t : Anzahl Versichertenquartale des Versicherten i im Jahr t gemäß Nr. 2.2.3 in Teil A

und

DHF_i^t : Demografischer Hochrechnungsfaktor des Versicherten i im Jahr t gemäß Nr. 2.7 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 503. Sitzung

Um je KV-Bezirk den Anstieg von 2017 auf 2018 über alle Risikokategorien ($Anstieg_{alle}^{2017/2018}$) zu bestimmen, wird der Quotient aus den Morbiditätsindizes der Jahre 2017 und 2018 gebildet und davon 1 abgezogen, also

$$\text{Anstieg}_{alle}^{2017/2018} = \frac{MI_{alle}^{2018,zeitgl}}{MI_{alle}^{2017,zeitgl}} - 1.$$

Für die KV-Bezirke Baden-Württemberg und Bayern werden Morbiditätsindizes für Nicht-Selektivvertragsteilnehmer und Selektivvertragsteilnehmer getrennt bestimmt. Die Morbiditätsindizes für Nicht-Selektivvertragsteilnehmer (im Folgenden mit $MI_{alle,NSVTN}^{t,zeitgl}$ bezeichnet) basieren auf allen Diagnosen des Jahres t , die Morbiditätsindizes für Selektivvertragsteilnehmer (kurz: $MI_{alle,SVTN}^{t,zeitgl}$) basieren nur auf denjenigen Diagnosen des Jahres t , die nicht im hausärztlichen Versorgungsbereich dokumentiert wurden. Berücksichtigt werden diejenigen Diagnosen, die in Betriebsstätten dokumentiert wurden, die die HA/FA-Kennzeichnung (Feld 05 der Satzart 211) „1“ tragen oder die HA/FA-Kennzeichnung „2“ tragen, letzteres jedoch nur, sofern es sich um Diagnosen einer Betriebsstätte handelt, die in dem jeweiligen Quartal der Diagnosekodierung keine Versichertenpauschale gemäß Kapitel 3 bzw. 4 des EBM enthält. Es ist

$$MI_{alle,NSVTN}^{t,zeitgl} = \frac{\sum_{i=1}^{n_{NSVTN}^t} \sum_{k \in alle} (\hat{\beta}_k^{zeitgl} \cdot x_{k,i}^{t,zeitgl} \cdot AVQ_i^t \cdot DHF_i^t)}{\sum_{i=1}^{n_{NSVTN}^t} AVQ_i^t \cdot DHF_i^t}$$

und

$$MI_{alle,SVTN}^{t,zeitgl} = \frac{\sum_{i=1}^{n_{SVTN}^t} \sum_{k \in alle} (\hat{\beta}_k^{zeitgl} \cdot x_{k,i}^{t,zeitgl} \cdot AVQ_i^t \cdot DHF_i^t \cdot K_i^t)}{\sum_{i=1}^{n_{SVTN}^t} AVQ_i^t \cdot DHF_i^t \cdot K_i^t}$$

mit

$n_{t,I}$: Anzahl Versicherte im Jahr t der KV gemäß Nr. 2.4 Teil A unterschieden nach den Nicht-Selektivvertragsteilnehmern in der Anwendungsmenge ($I = NSVTN$) und den Selektivvertragsteilnehmern in der Anwendungsmenge ($I = SVTN$)

K_i^t : Korrekturfaktor des demografischen Hochrechnungsfaktors des Selektivvertragsteilnehmers i im Jahr t

$alle$: Menge aller Risikokategorien mit Berücksichtigung der Alters- und Geschlechtsgruppen.

Aus den Morbiditätsindizes wird für die entsprechende KV der Anstieg aller Risikokategorien bestimmt:

$$\text{Anstieg}_{alle,NSVTN}^{2017/2018} = \frac{MI_{alle,NSVTN}^{2018,zeitgl}}{MI_{alle,NSVTN}^{2017,zeitgl}} - 1.$$

Analog ist

$$\text{Anstieg}_{alle,SVTN}^{2017/2018} = \frac{MI_{alle,SVTN}^{2018,zeitgl}}{MI_{alle,SVTN}^{2017,zeitgl}} - 1.$$

Beide Anstiege sind je KV unter Verwendung des entsprechenden Gewichtungsfaktors gemäß Nr. 3.3 dieser Anlage zu addieren, um den Anstieg je Kassenärztlicher Vereinigung zu bestimmen. Es ergibt sich jeweils:

$$\text{Anstieg}_{alle}^{2017/2018} = (1 - G_{KV}) \cdot \text{Anstieg}_{alle,NSVTN}^{2017/2018} + G_{KV} \cdot \text{Anstieg}_{alle,SVTN}^{2017/2018}.$$

3.2 Berechnung der Anstiege für die ausgewählten Risikokategorien

Je Jahr t wird je KV (außer in den KV-Bezirken Baden-Württemberg und Bayern, s. u.) ein Morbiditätsindex im zeitgleichen Modell $MI_{akut}^{t,zeitgl}$ bestimmt, der nur auf den unter Nr. 1 genannten ausgewählten Risikokategorien, insofern diese positiv und signifikant sind, basiert. Er ist, analog zu $MI_{alle}^{t,zeitgl}$, die durchschnittliche mit den entsprechenden Relativgewichten bewertete und dem Produkt aus Versichertenzeit und DHF gewichtete Summe der Prävalenzen der entsprechenden Risikokategorien. Es ist damit

$$MI_{akut}^{t,zeitgl} = \frac{\sum_{i=1}^{n^t} \sum_{k \in akut} (\hat{\beta}_k^{zeitgl} \cdot x_{k,i}^{t,zeitgl} \cdot AVQ_i^t \cdot DHF_i^t)}{\sum_{i=1}^{n^t} AVQ_i^t \cdot DHF_i^t},$$

mit

$MI_{akut}^{t,zeitgl}$: Morbiditätsindex des Jahres t der KV im zeitgleichen Klassifikationsmodell, wobei $akut$ die Menge der gemäß Nr. 1 dieser Anlage ausgewählten Risikokategorien ist

und den weiteren Bezeichnungen wie unter Nr. 3.1.

Für die Bestimmung der Morbiditätsindizes der unter Nr. 1 dieser Anlage genannten ausgewählten Risikokategorien der KV-Bezirke Baden-Württemberg und Bayern werden erneut Morbiditätsindizes für Nicht-Selektivvertragsteilnehmer und Selektivvertragsteilnehmer getrennt bestimmt, wobei die Morbiditätsindizes für Nicht-Selektivvertragsteilnehmer (im Folgenden mit $MI_{akut,NSVTN}^{t,zeitgl}$ bezeichnet) auf allen Diagnosen des Jahres t basieren, die Morbiditätsindizes für Selektivvertragsteilnehmer (kurz: $MI_{akut,SVTN}^{t,zeitgl}$) dagegen nur auf denjenigen Diagnosen des Jahres t , die nicht im hausärztlichen Versorgungsbereich dokumentiert wurden. Berücksichtigt werden diejenigen Diagnosen, die in Betriebsstätten dokumentiert wurden, die die HA/FA-Kennzeichnung (Feld 05 der Satzart 211) „1“ tragen oder die HA/FA-Kennzeichnung „2“ tragen, letzteres jedoch nur, sofern es sich um Diagnosen einer Betriebsstätte handelt,

die in dem jeweiligen Quartal der Diagnosekodierung keine Versichertenpauschale gemäß Kapitel 3 bzw. 4 des EBM enthält.

Um den Anstieg über alle ausgewählten Risikokategorien zu bestimmen, wird der Quotient aus den Morbiditätsindizes der Jahre 2017 und 2018 gebildet und davon 1 abgezogen, also

$$Anstieg_{akut}^{2017/2018} = \frac{MI_{akut}^{2018,zeitgl}}{MI_{akut}^{2017,zeitgl}} - 1.$$

Wie bei der Berechnung der Anstiege über alle Risikokategorien wird für die KV-Bezirke Baden-Württemberg und Bayern der Anstieg für Nicht-Selektivvertragsteilnehmer und Selektivvertragsteilnehmer separat bestimmt. So wird für Nicht-Selektivvertragsteilnehmer der Anstieg gemäß

$$Anstieg_{akut,NSVTN}^{2017/2018} = \frac{MI_{akut,NSVTN}^{2018,zeitgl}}{MI_{akut,NSVTN}^{2017,zeitgl}} - 1$$

für die entsprechende KV berechnet. Analog für Selektivvertragsteilnehmer

$$Anstieg_{akut,SVTN}^{2017/2018} = \frac{MI_{akut,SVTN}^{2018,zeitgl}}{MI_{akut,SVTN}^{2017,zeitgl}} - 1.$$

Beide Anstiege sind auch hier je KV unter Verwendung des entsprechenden Gewichtungsfaktors gemäß Nr. 3.3 zu addieren, um den Anstieg je Kassenärztlicher Vereinigung zu bestimmen. Es ergibt sich jeweils:

$$Anstieg_{akut}^{2017/2018} = (1 - G_{KV}) \cdot Anstieg_{akut,NSVTN}^{2017/2018} + G_{KV} \cdot Anstieg_{akut,SVTN}^{2017/2018}.$$

3.3 Ermittlung von Leistungsbedarfsanteilen zur Gewichtung der Versichertengruppen

Für das Jahr 2018 wird für die KV-Bezirke Baden-Württemberg und Bayern jeweils der Anteil des tatsächlichen Leistungsbedarfs der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung der SV-Teilnehmer im Jahr 2018, abgegrenzt wie in Anlage 1 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 503. Sitzung über das zur Ermittlung der diagnosebezogenen bzw. demografischen Veränderungsdaten für das Jahr 2021 zu verwendende Klassifikationsmodell, am tatsächlichen Leistungsbedarf der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung aller Versicherten mit Wohnort im KV-Bezirk unter Anwendung der demografischen Hochrechnungsfaktoren (DHF_i^{2018}) gemäß Nr. 4.2 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 503. Sitzung über das

zur Ermittlung der diagnosebezogenen bzw. demografischen Veränderungsdaten für das Jahr 2021 zu verwendende Klassifikationsmodell bestimmt und mit G_{KV} bezeichnet.

4. Feststellung eines nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs vor Anwendung der Verfahren nach Teil B und C

Übersteigt der Anstieg von 2017 auf 2018 der ausgewählten Risikokategorien in einem KV-Bezirk den Schwellenwert gemäß Nr. 3.4 in Teil A, so liegt in diesem KV-Bezirk ein nicht vorhersehbarer Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs vor Anwendung der Verfahren nach Teil B und C vor.

4.1 Nicht vorhersehbarer Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs in Prozent vor Anwendung der Verfahren nach Teil B und C

Der Schwellenwert gemäß Nr. 3.4 in Teil A wird für jeden KV-Bezirk definiert als:

$$SW = \max\left(0; \begin{cases} 1,15 \cdot \text{Anstieg}_{alle}^{2017/2018}, & \text{falls } \text{Anstieg}_{alle}^{2017/2018} \geq 0,1\% \\ 0,015\% + \text{Anstieg}_{alle}^{2017/2018}, & \text{sonst} \end{cases}\right)$$

Der Umfang des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs in Prozent vor Anwendung der Verfahren nach Teil B und C ist gleich der Differenz aus dem Anstieg von 2017 auf 2018 der ausgewählten Risikokategorien und dem Schwellenwert, sofern diese Differenz größer als null ist. Ansonsten ist der Umfang des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs in Prozent vor Anwendung der Verfahren nach Teil B und C gleich null.

Für jeden KV-Bezirk wird

$$NVA_{Proz}^{2017/2018} = \max\left(0; \text{Anstieg}_{akut}^{2017/2018} - SW\right)$$

berechnet.

4.2 Umfang des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs in Punkten vor Anwendung der Verfahren nach Teil B und C

Der Umfang des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs in Punkten für das Jahr 2018 je KV-Bezirk vor Anwendung der Verfahren nach Teil B und C berechnet sich wie folgt:

$$NVA_{Pkt.}^{2018} = NVA_{Proz}^{2017/2018} \cdot DLB^{2017} \cdot RGS_{akut}^{2017,zeitgl},$$

mit

$$RGS_{akut}^{2017,zeitgl} = \sum_{i=1}^{n^{2017}} \sum_{k \in akut} \hat{\beta}_k^{zeitgl} \cdot x_{k,i}^{2017,zeitgl} \cdot VJ_i^{2017} \cdot DHF_i^{2017}$$

wobei

$RGS_{akut}^{2017,zeitgl}$: Relativgewichtssumme der Menge *akut* des Jahres 2017 im zeitgleichen Klassifikationsmodell

$NVA_{Proz}^{2017/2018}$: Nicht vorhersehbarer Anstieg von 2017 auf 2018 des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs in Prozent vor Anwendung der Verfahren nach Teil B und C gemäß Nr. 4.1

DLB^{2017} : der mit der Anzahl der Versicherten quartale gewichtete Mittelwert des annualisierten Leistungsbedarfs der Kalibrierungsmenge nach Nr. 2.3 in Teil A

akut: ausgewählte Risikokategorien gemäß Nr. 1

$\hat{\beta}_k^{zeitgl}$: bundeseinheitliches Relativgewicht der Risikokategorie *k* im zeitgleichen Klassifikationsmodell gemäß Nr. 2

n^{2017} : Anzahl Versicherte im Jahr 2017 der KV gemäß Nr. 2.4 Teil A

$x_{k,i}^{2017,zeitgl}$: Ausprägung der Risikokategorie *k* im zeitgleichen Klassifikationsmodell des Versicherten *i* im Jahr 2017

VJ_i^{2017} : Anzahl Versichertenjahre des Versicherten *i* im Jahr 2017, bestimmt durch $VJ_i^{2017} = AVQ_i^{2017} / 4$

mit

AVQ_i^{2017} : Anzahl Versicherten quartale des Versicherten *i* im Jahr 2017 gemäß Nr. 2.2.3 in Teil A

sowie

DHF_i^{2017} : Demografischer Hochrechnungsfaktor des Versicherten *i* im Jahr 2017 Nr. 2.7 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 503. Sitzung.

Anlage 2

zum Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 518. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)

Technische Anlage zu den Festlegungen zu dem Verfahren zur Vermeidung von Doppelzahlungen bei der morbiditybedingten Gesamtvergütung für das Jahr 2018 und die Folgejahre

1. Ermittlung der Punktzahlsumme zur etwaigen Verringerung des Umfangs eines gemäß Teil A festgestellten nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs zur Vermeidung von Doppelzahlungen

Zur Ermittlung der Punktzahlsumme zur etwaigen Verringerung des Umfangs eines gemäß Teil A festgestellten nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs zur Vermeidung von Doppelzahlungen je KV-Bezirk wird zunächst der Beitrag der ausgewählten Risikokategorien an der Veränderungsrate für das Jahr 2021 (B_{akut}) berechnet. Dabei werden grundsätzlich die hierarchisierten Risikokategorien des Klassifikationssystems p14a den Risikoklassen des Klassifikationsmodells zur Berechnung der Veränderungsrate für das Jahr 2021 (KM87a_2020) gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 503. Sitzung über das zur Ermittlung der diagnosebezogenen bzw. demografischen Veränderungsrate für das Jahr 2021 zu verwendende Klassifikationsmodell zugeordnet und der Quotient aus der Differenz aus den Morbiditätsindizes der ausgewählten Risikokategorien der Jahre 2018 (MI_{akut}^{2018}) und 2017 (MI_{akut}^{2017}), wobei für MI_{akut}^{2017} und MI_{akut}^{2018} alle hierarchisierten Risikokategorien des Klassifikationssystems p14a bis auf die ausgewählten Risikokategorien gemäß Nr. 1 der Anlage 1 auf null gesetzt werden, und dem Morbiditätsindex aller Risikokategorien des Jahres 2017 (MI_{alle}^{2017}) gebildet:

$$B_{akut} = \frac{MI_{akut}^{2018} - MI_{akut}^{2017}}{MI_{alle}^{2017}}$$

wobei

$$MI_{RKM}^t = \frac{\sum_{i=1}^n \sum_{k \in RKM} \hat{\beta}_k \cdot x_{k,i}^t \cdot AVQ_i^t \cdot DHF_i^t}{\sum_{i=1}^n AVQ_i^t \cdot DHF_i^t}$$

mit

MI_{RKM}^t : Morbiditätsindex des Jahres t mit Risikokategorienmenge $RKM = akut$ bzw. $alle$, wobei $akut$ die Menge der Risikoklassen bezeichnet, für die nur die gemäß Nr. 1 der Anlage 1 ausgewählten Risikokategorien vor der Kompression nicht auf null gesetzt werden, und $alle$ die Menge aller Risikoklassen des Klassifikationsmodells KM87a_2020 ist

n^t : Anzahl Versicherte im Jahr t der KV gemäß Nr. 2.4 in Teil A

$\hat{\beta}_k$: Relativgewicht der Risikoklasse $k \in RKM$ gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 503. Sitzung über das zur Ermittlung der diagnosebezogenen bzw. demografischen Veränderungsrate für das Jahr 2021 zu verwendende Klassifikationsmodell

$x_{k,i}^t$: Ausprägung der Risikoklasse $k \in RKM$ des Versicherten i im Jahr t

AVQ_i^t : Anzahl Versichertenquartale des Versicherten i im Jahr t gemäß Nr. 2.2.3 Teil A

und

DHF_i^t : Demografischer Hochrechnungsfaktor des Versicherten i im Jahr t gemäß Nr. 2.7 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 503. Sitzung.

Die Punktzahlsumme (PZS) zur etwaigen Verringerung des Umfangs eines gemäß Teil A festgestellten nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs zur Vermeidung von Doppelzahlungen je KV-Bezirk ermittelt sich dann aus dem Produkt aus dem Beitrag der ausgewählten Risikokategorien an der diagnosebezogenen Veränderungsrate für das Jahr 2021 (B_{akut}) multipliziert mit g , dem regional vereinbarten Gewichtungsfaktor der diagnosebezogenen Veränderungsrate für das Jahr 2021 aus der Zusammenfassung der diagnosebezogenen und der demografischen Veränderungsrate für das Jahr 2021 und multipliziert mit dem Behandlungsbedarf des Jahres 2019:

$$PZS = g \cdot PZS_{ungewichtet} = g \cdot B_{akut} \cdot BB^{2019}$$

mit

g : regional vereinbarter Gewichtungsfaktor der diagnosebezogenen Veränderungsrate für das Jahr 2021 aus der Zusammenfassung der diagnosebezogenen und der demografischen Veränderungsrate für das Jahr 2021,

$PZS_{ungewichtet}$: ungewichtete Punktzahlsumme zur etwaigen Verringerung des Umfangs eines gemäß Teil A festgestellten nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs zur Vermeidung von Doppelzahlungen,

B_{akut} : Beitrag der ausgewählten Risikokategorien an der diagnosebezogenen Veränderungsrate für das Jahr 2021

und

BB^{2019} : Behandlungsbedarf des Jahres 2019, gemäß Teil B Nr. 2.1.

Für die KV-Bezirke Baden-Württemberg und Bayern wird jeweils B_{akut} unter Berücksichtigung der beiden Versichertenkollektive der Nicht-Selektivvertragsteilnehmer (kurz $NSVTN$) und Selektivvertragsteilnehmer (kurz $SVTN$) bestimmt. Die zugrundeliegenden Risikokategorien bzw. Risikoklassen für Nicht-Selektivvertragsteilnehmer basieren auf allen Diagnosen des Jahres t , die Risikokategorien bzw. Risikoklassen für Selektivvertragsteilnehmer basieren nur auf denjenigen Diagnosen des Jahres t , die nicht im hausärztlichen Versorgungsbereich dokumentiert wurden. Berücksichtigt werden diejenigen Diagnosen, die in Betriebsstätten dokumentiert wurden, die die HA/FA-Kennzeichnung (Feld 05 der Satzart 211) „1“ tragen oder die HA/FA-Kennzeichnung „2“ tragen, letzteres jedoch nur, sofern es sich um Diagnosen einer Betriebsstätte handelt, die in dem jeweiligen Quartal der Diagnosekodierung keine Versichertenpauschale gemäß Kapitel 3 bzw. 4 des EBM enthält.

Es ist

$$B_{akut} = G_{KV} \cdot \frac{MI_{akut,SVTN}^{2018} - MI_{akut,SVTN}^{2017}}{MI_{alle,SVTN}^{2017}} + (1 - G_{KV}) \cdot \frac{MI_{akut,NSVTN}^{2018} - MI_{akut,NSVTN}^{2017}}{MI_{alle,NSVTN}^{2017}}$$

mit

$$MI_{RKM,NSVTN}^t = \frac{\sum_{i=1}^{n_{NSVTN}^t} \sum_{k=1}^r (\hat{\beta}_k \cdot x_{k,i}^{t,RKM} \cdot AVQ_i^t \cdot DHF_i^t)}{\sum_{i=1}^{n_{NSVTN}^t} AVQ_i^t \cdot DHF_i^t}$$

und

$$MI_{RKM,SVTN}^t = \frac{\sum_{i=1}^{n_{SVTN}^t} \sum_{k=1}^r (\hat{\beta}_k \cdot x_{k,i}^{t,RKM} \cdot AVQ_i^t \cdot DHF_i^t \cdot K_i^t)}{\sum_{i=1}^{n_{SVTN}^t} AVQ_i^t \cdot DHF_i^t \cdot K_i^t}$$

Dabei sind

K_i^t : Korrekturfaktor des demografischen Hochrechnungsfaktors des Selektivvertragsteilnehmers i im Jahr t

n_i^t : Anzahl Versicherte im Jahr t der KV gemäß Nr. 2.4 in Teil A unterschieden nach den Nicht-Selektivvertragsteilnehmern ($I = NSVTN$) und den Selektivvertragsteilnehmern ($I = SVTN$)

RKM: hat die Ausprägungen *akut* bzw. *alle*, wobei *akut* die Menge der Risikoklassen bezeichnet, für die nur die gemäß Nr. 1 der Anlage 1 ausgewählten Risikokategorien vor der Kompression nicht auf null gesetzt werden, und *alle* die Menge aller Risikoklassen des Klassifikationsmodells KM87a_2020 ist

G_{KV}: Gewichtungsfaktor (Leistungsbedarfsanteil) für die KV-Bezirke Baden-Württemberg und Bayern (gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 503. Sitzung über das zur Ermittlung der diagnosebezogenen bzw. demografischen Veränderungsraten für das Jahr 2021 zu verwendende Klassifikationsmodell)

und die weiteren Bezeichnungen wie oben.

2. Ermittlung der dem um den Anstieg aller Risikokategorien verminderten Schwellenwert für das Vorliegen eines nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs entsprechenden Punktzahlsumme

Die dem um den Anstieg aller Risikokategorien verminderten Schwellenwert für das Vorliegen eines nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs entsprechende Punktzahlsumme (PZS_{SW}) wird je KV-Bezirk gemäß den Festlegungen aus Teil A wie folgt bestimmt:

$$PZS_{SW} = (SW - \text{Anstieg}_{alle}^{2017/2018}) \cdot DLB^{2017} \cdot RGS_{akut}^{2017,zeitgl}$$

mit

SW: Schwellenwert für das Vorliegen eines nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs gemäß Nr. 1 der Anlage 1

Anstieg_{alle}^{2017/2018}: Anstieg von 2017 auf 2018 aller Risikokategorien gemäß Nr. 3.1 der Anlage 1

und die weiteren Bezeichnungen gemäß Nr. 4.2 der Anlage 1.

Anlage 3

zum Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 518. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)

Technische Anlage zu den Berechnungsschritten des Verfahrens zur Verrechnung des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs im Jahr 2018 mit einer Unterschreitung des vereinbarten Anstiegs des Behandlungsbedarfs von 2017 auf 2018 durch den tatsächlichen Anstieg des Leistungsbedarfs von 2017 auf 2018

1. Verwendete Indizes bei den im Verfahren auftretenden Größen

Der bei den im Verfahren auftretenden Größen verwendete obere Index t bezieht sich immer auf das jeweilige Berichtsjahr, welches meist konkret als 2017 oder 2018 angegeben ist. Untere Indizes KV und Q beziehen sich immer auf den jeweiligen KV-Bezirk bzw. das jeweilige Quartal. Im Kontext bestimmter Berechnungen auftretende weitere Indizes werden dort erläutert.

2. Transformation des vereinbarten bereinigten Behandlungsbedarfs

Diese Transformation findet in drei Schritten statt. Der vereinbarte bereinigte Behandlungsbedarf wird in der Einheit Punkte verwendet. Das als Ergebnis von Schritt i erhaltene Zwischenergebnis der Transformation wird mit $VBB^{\text{trans}(i)}$ bezeichnet.

Schritt 1: Berücksichtigung von Änderungen der Abgrenzung der MGV. Der abgerechnete Leistungsbedarf eines Quartals im Jahr 2017, der auf Leistungen entfällt, die in diesem Quartal in der MGV waren, aber im entsprechenden Quartal des Jahres 2018 in der EGV sind, wird mit $LB_{KV,Q,BEW}^{2017,AUS}$ bezeichnet. Der zusätzliche untere Index BEW mit den möglichen Ausprägungen EUR und PUN unterscheidet zwischen Leistungen, die in Euro und in Punkten bewertet sind. Analog bezeichnet $LB_{KV,Q,BEW}^{2017,EIN}$ den abgerechneten Leistungsbedarf eines Quartals im Jahr 2017, der auf Leistungen entfällt, die in diesem Quartal in der EGV waren, aber im entsprechenden Quartal des Jahres 2018 in der MGV sind. Die Größen $LB_{KV,Q,EUR}^{2017,AUS}$ und $LB_{KV,Q,EUR}^{2017,EIN}$ sind mithilfe des im jeweiligen Quartal des Jahres 2017 im KV-Bezirk geltenden regionalen Punktwert $PW_{KV,Q}^{2017}$ in die Einheit Punkte umzurechnen. Für die Größen $LB_{KV,Q,PUN}^{2017,AUS}$ und $LB_{KV,Q,PUN}^{2017,EIN}$ ist die Abstufung zu

berücksichtigen, die sich durch das Verhältnis von vereinbartem bereinigtem Behandlungsbedarf $VBB_{KV,Q}^{2017}$ zum insgesamt abgerechneten Leistungsbedarf $LB_{KV,Q}^{2017,MGV17}$, der im jeweiligen Quartal des Jahres 2017 auf Leistungen in der MGV entfällt, ausdrückt.

$$VBB_{KV,Q}^{trans(1)} = VBB_{KV,Q}^{2017} + \frac{(LB_{KV,Q,EUR}^{2017,EIN} - LB_{KV,Q,EUR}^{2017,AUS})}{PW_{KV,Q}^{2017}} + \frac{VBB_{KV,Q}^{2017} \cdot (LB_{KV,Q,PUN}^{2017,EIN} - LB_{KV,Q,PUN}^{2017,AUS})}{LB_{KV,Q}^{2017,MGV17}}$$

Schritt 2: Berücksichtigung der Änderung der Anzahl von Versicherten im KV-Bezirk. In der folgenden Formel bezeichnet $ANZ_{KV,Q}^t$ die Anzahl der Versicherten im KV-Bezirk im jeweiligen Quartal des betrachteten Jahres. Der mit der Differenz dieser Anzahlen gewichtete mittlere Bereinigungsbetrag $MBB_{KV,Q}^{2017}$ (Gesamtbereinigungsmenge je Versicherter) in 2017 für selektivvertraglich erbrachte Leistungen ist hier ebenfalls zu berücksichtigen.

$$VBB_{KV,Q}^{trans(2)} = \frac{ANZ_{KV,Q}^{2018}}{ANZ_{KV,Q}^{2017}} \cdot VBB_{KV,Q}^{trans(1)} + MBB_{KV,Q}^{2017} \cdot (ANZ_{KV,Q}^{2018} - ANZ_{KV,Q}^{2017})$$

Schritt 3: Aufsummieren über die Quartale liefert das Endergebnis $VBB_{KV}^{*,2017}$ der Transformation.

$$VBB_{KV}^{*,2017} = \sum_{Q=1}^4 VBB_{KV,Q}^{trans(2)}$$

3. Transformation des abgerechneten Leistungsbedarfs

Diese Transformation findet in sechs Schritten statt. Dabei wird der abgerechnete Leistungsbedarf gemäß Euro-Gebührenordnung verwendet. Das als Ergebnis von Schritt i der Transformation erhaltene Zwischenergebnis wird mit $LB^{trans(i)}$ bezeichnet.

Schritt 1: Berücksichtigung von Änderungen der Abgrenzung der MGV. Ausgegangen wird von dem im Jahr 2017 in einem Quartal im KV-Bezirk abgerechneten Leistungsbedarf, der auf Leistungen entfällt, die im entsprechenden Quartal des Jahres 2018 in der MGV sind. Der so abgegrenzte abgerechnete Leistungsbedarf bildet das erste Zwischenergebnis und wird mit

$$LB_{KV,Q,BEW}^{trans(1)}$$

bezeichnet, wobei der zusätzliche Index BEW mit den möglichen Ausprägungen EUR und PUN unterscheidet zwischen Leistungen, die in Euro und in Punkten bewertet sind.

Schritt 2: Berücksichtigung der Änderung des regionalen Punktwertes $PW_{KV,Q}^j$ zwischen den Jahren 2017 und 2018 für in Punkten bewertete Leistungen.

$$LB_{KV,Q,PUN}^{trans(2)} = \frac{PW_{KV,Q}^{2018}}{PW_{KV,Q}^{2017}} \cdot LB_{KV,Q,PUN}^{trans(1)}$$

Schritt 3: Zusammenführen der Zwischenergebnisse für in Punkten und in Euro bewertete Leistungen.

$$LB_{KV,Q}^{trans(3)} = LB_{KV,Q,EUR}^{trans(1)} + LB_{KV,Q,PUN}^{trans(2)}$$

Schritt 4: Aufstaffelung der gemäß Anlage 4 Nr. 4 bestimmten mittleren Bereinigungsbeträge $MBB_{KV,Q}^{2017}$ (Gesamtbereinigungsmenge je Versicherter) in 2017 für selektivvertraglich erbrachte Leistungen und dabei Berücksichtigung der Änderung des regionalen Punktwertes $PW_{KV,Q}^t$ zwischen den Jahren 2017 und 2018. Die Aufstaffelung drückt sich durch das Verhältnis vom insgesamt abgerechnetem Leistungsbedarf $LB_{KV,Q}^{2017,MGV17}$, der im jeweiligen Quartal des Jahres 2017 auf Leistungen in der MGV entfällt, zum vereinbarten bereinigten Behandlungsbedarf $VBB_{KV,Q}^{2017}$ aus.

$$LB_{KV,Q}^{trans(4)} = MBB_{KV,Q}^{2017} \cdot \frac{LB_{KV,Q}^{2017,MGV17}}{VBB_{KV,Q}^{2017}} \cdot \frac{PW_{KV,Q}^{2018}}{PW_{KV,Q}^{2017}}$$

Schritt 5: Berücksichtigung der Änderung der Anzahl von Versicherten im KV-Bezirk. In der folgenden Formel bezeichnet $ANZ_{KV,Q}^t$ die Anzahl der Versicherten im KV-Bezirk im jeweiligen Quartal des betrachteten Jahres. Der aufgestaffelte und mit der Differenz dieser Anzahlen gewichtete mittlere Bereinigungsbetrag (Gesamtbereinigungsmenge je Versicherter) für selektivvertraglich erbrachte Leistungen ist hier ebenfalls zu berücksichtigen.

$$LB_{KV,Q}^{trans(5)} = \frac{ANZ_{KV,Q}^{2018}}{ANZ_{KV,Q}^{2017}} \cdot LB_{KV,Q}^{trans(4)} + (ANZ_{KV,Q}^{2018} - ANZ_{KV,Q}^{2017}) \cdot LB_{KV,Q}^{trans(4)}$$

Schritt 6: Aufsummieren über die Quartale liefert das Endergebnis $LB_{KV}^{*,2017}$ der Transformation.

$$LB_{KV}^{*,2017} = \sum_{Q=1}^4 LB_{KV,Q}^{trans(5)}$$

4. Bestimmung des vereinbarten Anstiegs

Der vereinbarte Anstieg des Behandlungsbedarfs in Prozent ergibt sich, indem der vereinbarte bereinigte Behandlungsbedarf VBB_{KV}^{2018} im KV-Bezirk in 2018, dem die Summe der Differenzbereinigungsbeträge DBB_{KV}^{2018} im KV-Bezirk wieder zugesetzt wurde, ins Verhältnis gesetzt wird zu der transformierten Größe $VBB_{KV}^{*,2017}$.

$$VA_{KV} = \left(\frac{VBB_{KV}^{2018} + DBB_{KV}^{2018}}{VBB_{KV}^{*,2017}} - 1 \right) \cdot 100$$

5. Bestimmung des tatsächlichen Anstiegs

Analog ergibt sich der tatsächliche Anstieg des Leistungsbedarfs in Prozent ausgehend vom abgerechneten Leistungsbedarf im KV-Bezirk in 2018, der auf Leistungen in der MGV entfällt. Bewertungseffekte werden durch Gewichtung der betroffenen Leistungen mit einem entsprechenden Faktor berücksichtigt. Daraus ergibt sich die Größe $LB_{KV}^{2018, MGV18}$, der die aufgestaffelte Summe der Differenzbereinigungsbeträge zugesetzt wird, bevor sie ins Verhältnis gesetzt wird zu der transformierten Größe $LB_{KV}^{*,2017}$.

$$TA_{KV} = \left(\frac{LB_{KV}^{2018, MGV16} + (DBB_{KV}^{2018} \cdot LB_{KV}^{2018, MGV18} / VBB_{KV}^{2018})}{LB_{KV}^{*,2017}} - 1 \right) \cdot 100$$

6. Feststellung und Verrechnung einer Unterschreitung

Eine Unterschreitung des vereinbarten Anstiegs durch den tatsächlichen Anstieg in einem KV-Bezirk liegt vor, wenn $TA_{KV} < VA_{KV}$ ist. In diesem Fall wird die Bezugsgröße für die auf diese Unterschreitung entfallende Höhe des vereinbarten Behandlungsbedarfs im KV-Bezirk KV wie folgt berechnet:

$$BG_{KV} = VBB_{KV}^{*,2017} - \frac{1}{1 + \frac{VA_{KV}}{100}} \cdot DBB_{KV}^{2018}$$

Der Unterschreitungsbeitrag in Punkten für den KV-Bezirk KV ergibt sich daraus wie folgt:

$$BG_{KV} \cdot (VA_{KV} - TA_{KV}).$$

Ist $TA_{KV} > VA_{KV}$, so liegt keine Unterschreitung vor. Der Unterschreitungsbeitrag ist dann gleich null.

Anlage 4

zum Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 518. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)

Festlegungen zu den Datengrundlagen des Verfahrens zur Verrechnung des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditybedingten Behandlungsbedarfs im Jahr 2018 mit einer Unterschreitung des vereinbarten Anstiegs des Behandlungsbedarfs von 2017 auf 2018 durch den tatsächlichen Anstieg des Leistungsbedarfs von 2017 auf 2018

Es werden die Bezeichnungen aus der formeltechnischen Beschreibung in Anlage 3 dieses Beschlusses verwendet.

1. Regionaler Punktwert

Der regionale Punktwert $PW_{KV,Q}^t$ wird der arztseitigen Datenlieferung zum Formblatt 3 entnommen (Attribut Wert für den Vorgang 083). Die Datenlieferungen zum Formblatt 3 erfolgen für die Quartale 2017/1 bis 2018/4 gemäß dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 373. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), zuletzt geändert durch den Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 61. Sitzung am 29. März 2019. Abweichend davon wird für die KV-Bezirke Nordrhein und Hessen der Orientierungswert des jeweiligen Jahres gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 383. Sitzung am 21. September 2016 und Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 52. Sitzung am 19. September 2017 verwendet.

2. Vereinbarter bereinigter Behandlungsbedarf

Der in einem KV-Bezirk für ein Quartal vereinbarte bereinigte Behandlungsbedarf $VBB_{KV,Q}^t$ für die Jahre 2017 und 2018 wird grundsätzlich dem Attribut Wert für den Vorgang 980 der arztseitigen Lieferung zum Formblatt 3 gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 373. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), zuletzt geändert durch den Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 61. Sitzung am 29. März 2019, entnommen, entsprechend dem dem Institut am 25. August 2020 vorliegenden Stand. Abweichend davon wird für die KV-Bezirke Nordrhein, Hessen, Bayern und Saarland der Behandlungsbedarf der Jahre 2017 und 2018 aus

Feld 06 der arztseitigen Lieferung der Satzart KASSRG87aMGV gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 437. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) entnommen.

3. Anzahl der Versicherten

Die Anzahl der Versicherten $ANZ_{KV,Q}^t$ wird der arztseitigen Lieferung der Satzart KASSRG87aMGV entnommen. Diese Datenlieferung erfolgt für die Jahre 2017 und 2018 gemäß dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 437. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung).

4. Bereinigungsbeträge

Die Differenzbereinigungsbeträge DBB_{KV}^{2018} werden je KV-Bezirk als Summe der Werte aus Feld 04 der kassenseitigen Lieferung der Satzart SV_BE gemäß Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 61. Sitzung am 29. März 2019, zuletzt geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 462. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) berechnet. Satzart 015 gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 430. Sitzung am 12. Dezember 2018 enthält für das Jahr 2017 Angaben zur Gesamtbereinigungsmenge. Diese wird je KV-Bezirk und Quartal aufsummiert und durch die Anzahl der Versicherten $ANZ_{KV,Q}^{2017}$ geteilt, um den mittleren Bereinigungsbetrag $MBB_{KV,Q}^{2017}$ (Gesamtbereinigungsmenge je Versicherter) zu erhalten.

5. Abgrenzung der MGV

Bei der Abgrenzung der MGV für die Jahre 2017 und 2018 wird die Satzart ARZTRG87aREG gemäß dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 348. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) verwendet.

6. Abgerechneter Leistungsbedarf

Die Eingabegrößen zum abgerechneten Leistungsbedarf werden basierend auf den in den Datenlieferungen in der Satzart ARZTRG87aKA ausgewiesenen abgerechneten Leistungen nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung ermittelt. Die Lieferung dieser Satzart erfolgt für die Jahre 2017 und 2018 gemäß den Beschlüssen des Bewertungsausschusses in seiner 348. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) und 403. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung). Aus der Satzart ARZTRG87aKA wird der abgerechnete Leistungsbedarf laut regionaler Euro-Gebührenordnung verwendet, der dort quartalsweise für jeden KV-Bezirk aufgeschlüsselt bis auf die Ebene einzelner Gebührenordnungspositionen einschließlich Angaben zum Leistungssegment und zur Bewertung der Leistungen in Punkten oder Euro vorliegt. Leistungen, die im Rahmen eines nicht vorhersehbaren Anstiegs aufgrund von Ausnahmeereignissen oder im Rahmen einer nicht vertragskonformen Inanspruchnahme erbracht wurden, sind in den

Datenlieferungen der Satzarten ARZTRG87aKA und ARZTRG87aNVI gekennzeichnet bzw. ausgewiesen und gehen nicht mit die Berechnung ein.